

tients / G. Mozsik // Prog. Drug. Res. – 2014. – № 68. – P. 209-258. – DOI: 10.1007/978-3-0348-0828-6_9

10. Protective role of vanilloid receptor type 1 in HCL-induced gastric mucosal lesions in rats / S. Horie, H. Yamamoto, G. J. Michael, M. Uchida, A. Belai, K. Watanabe, J. V. Priestley, T. Murayama // Scandinavian Journal of Gastroenterology – 2004. – № 4. – P. 303-312. – DOI: 10.1080/00365520103008647.

11. Sharma S. K. Mechanisms and clinical uses of capsaicin / S. K. Sharma, A. S. Vij, M. Sharma // European Journal of Pharmacology. – 2013. – № 720 (1-3). – P. 55-62. – DOI: 10.1016/j.ejphar.2013.10.053

12. Szabo I. L. Cellular energetical actions of "chemical" and "surgical" vagotomy in gastrointestinal mucosal damage and protection: similarities, differences and significance for brain-gut function / I. L. Szabo, J. Czimmer, G. Mozsik // Curr. Neuropharmacol. – 2016. – Vol. 14, № 8. – DOI: 10.2174/1570159X14666160719121725.

БИОТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ МОЗАИЧНЫХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

Глуткин А. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Развитие медицины, в частности раздела биотехнологий, в последние годы привело к созданию нового направления в решении проблем заживления ран. Для стимуляции регенерации тканей используются коллагенсодержащие материалы. Коллаген является одним из наиболее перспективных биоматериалов, широко применяемых в мировой медицинской практике. Одним из современных коллагенсодержащих материалов является КОЛЛОСТ®, (Россия). Это коллаген 1 типа, полученный из кожи крупного рогатого скота, обработанной таким образом, что эпидерма, жировая клетчатка и все дермальные клетки удалены без нарушения коллагеновой матрицы, создавая неиммуногенный, инертный материал, по своему составу и структуре максимально приближен к человеческому коллагену. Отличие биоматериала КОЛЛОСТ® и его основное преимущество перед другими аналогами на основе коллагена заключается в том, что в данном материале используется нативный нереконструированный коллаген I типа, в нем сохранена трехспиральная структура волокна, он имеет более высокие показатели стабильности и является матрицей для направленной тканевой регенерации, что позволяет ис-

пользовать КОЛЛОСТ® не только как обычный микроимплантат, но и с целью активизации синтеза собственного коллагена [2, 3].

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность биоматериала КОЛЛОСТ® в лечении локальных мозаичных термических ожогов кожи у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии на базе Гродненской областной детской клинической больницы было проведено обследование 12 пациентов с ожоговыми ранами общей площадью от 3 до 12%, из них остаточные раны S до 18 см² мозаичного характера (ожоги 2 степени с элементами 3 степени по МКБ 10).

Были сформированы 2 группы пациентов: 1-я группа (контроль), для лечения использовали влажно-высыхающие или мазовые повязки, при начинающемся формировании грануляционной ткани выполняли обработку раны Ваготилом (Польша), и далее проводили лечение мазевыми повязками. 2-я группа пациентов – дети, раны у которых лечились с использованием биоматериалов КОЛЛОСТ®. После очистки ожоговой раны от некротических масс производили обработку всей ожоговой поверхности 7% гелем КОЛЛОСТ® и укладывали на гель мембрану КОЛЛОСТ® толщиной 0,3 мм. После этих манипуляций поверхность закрывали перевязочным материалом с использованием 1% крема сульфадиазина серебра или 2% крема сульфатиазола серебра. Перевязки выполняли через 3-4 дня. В обе группы вошли пациенты, родители которых отказались от оперативного лечения. Клиническую эффективность оценивали по частоте перевязок и по срокам эпителизации ран. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием программного обеспечения «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение. При использовании биопластического материала у детей раннего возраста с локальными термическими ожогами кожи, было отмечено уменьшение частоты перевязок во 2-й группе на 45,5% по отношению к группе контроля. Отмечено также во 2-й группе на 25% более сокращения сроков эпителизации ран по отношению к 1-й группе, соответственно.

Клинический пример. Пациент Т. (15 мес.) поступил с диагнозом: термический ожог горячей жидкостью (чай) грудной

клетки, спины, левого плеча и предплечья, левого бедра и стопы. S=12% (0,1%)/ 1-2-3 ст. Травма в быту 14.11.2015, опрокинул на себя кружку с горячим чаем, переведен в ГОДКБ из районного центра 19.11.2015. Местное лечение под повязками (использование мази Левомеколь). На 12-е сутки отмечалась одна рана в области тыла левой стопы S около 6 см², дно раны покрыто фибрином. После проведения 2 ежедневных перевязок рана чистая, кровоточит (рис.1).



Рисунок 1. – Ожоговая рана на 14-е сутки

Раневой дефект обработан 7% гелем КОЛЛОСТ®, на который укладывали мембрану КОЛЛОСТ® толщиной 0,3 мм, с последующим поддержанием влажной среды. Через 3 дня провели перевязку, отмечалась частичная эпителизация раны, на которой произошел лизис мембраны, но остался участок с сохранившейся мембраной (рис. 2).



Рисунок 2. – Частичная эпителизация ожоговой раны с оставшимся участком нерастворившейся мембраны КОЛЛОСТ®

Через 4 дня повторили перевязку, на которой рана зажила на 100%. Через 2 недели после эпителизации произведен контрольный осмотр с учетом всех диагностических методов обследования пациента на наличие патологических рубцов [1]: отмечается умеренная гиперемия в области тыла стопы, возвышения, уплотнения, болезненности нет (рис. 3).



Рисунок 3. – Рана через 2 недели после эпителизации

Применение в данном случае биоматериалов КОЛЛОСТ® привело не только к эпителизации раны, но и отсутствию формирования патологических рубцов.

Таким образом, применение биопластического коллагенового материала КОЛЛОСТ® позволяет сократить сроки эпителизации раны, а также избежать формирования грубой рубцовой ткани.

Литература:

1. Глуткин, А. В. Ферментативная терапия послеожоговых рубцов кожи у детей раннего возраста / А. В. Глуткин // Хирургия. Восточная Европа. – 2015. – № 3. – С.114-119.
2. Корейба, К. А. Биопластические материалы на основе нативного коллагена I типа при лечении больных с синдромом диабетической стопы / К. А. Корейба, А. Р. Минабутдинов // Хирургия. – 2014. – № 10. – С. 83-86.
3. Оболенский, В. Н. Хроническая рана: обзор современных методов лечения / В. Н. Оболенский // Русский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – 282-289.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРИЧИН ДЕЛИРИОЗНОГО РАСТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Гринчук О. Ю., Лутцева О. И., Протасевич П. П., Степанов Д. Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Все более распространенным явлением в отделениях интенсивной терапии является увеличение частоты встречаемости расстройств сознания у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями. Еще более стремительно наблюдается рост пациентов, поступающих в реанимацию с алкогольной зависимостью или в состоянии алкогольной интоксикации с последующим развитием алкогольного делирия отдельно или сочетанного с другими расстройствами сознания [2, 3]. Данная категория пациентов требует строгого наблюдения, связана с высоким риском смертности и последующих осложнений, нуждается в интенсивной терапии и, следовательно, больших затратах со стороны учреждения здравоохранения [1]. Таким образом, существует необходимость привлечения